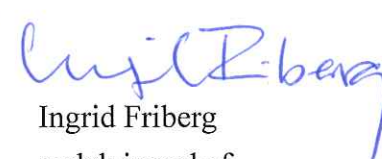


Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2017-10-26

Uppföljning av vård- och omsorgsboende som drivs i enskild regi- Smedsbygården

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.



Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör

Ingrid Friberg
avdelningschef

Sammanfattning

Alla utförarverksamheter inom äldreomsorg följs upp årligen av Stockholms Stad. Stadsdelarna ansvarar själva för att följa upp verksamheterna inom stadsdelen samt vissa tilldelade verksamheter som ligger utanför Stockholms Stad.

I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av Smedsbygården. Boendet drivs i enskild regi. Boendet är beläget i Åkersberga och har sammanlagt 56 lägenheter varav 8 är profilplatser. Målgruppen är personer med demenssjukdom samt profilinriktning. För närvarande bor 26 personer från Stockholms Stad på Smedsbygården.

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter.

Bilagor**1. Mall för uppföljning****Ärendets beredning**

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för äldre och funktionsnedsatta.

Ärendet

Alla utförarverksamheter inom äldreomsorg följs upp årligen av Stockholms Stad. Stadsdelarna ansvarar själva för att följa upp verksamheterna inom stadsdelen samt vissa tilldelade verksamheter som ligger utanför Stockholms Stad. Syftet är att få kunskap om verksamheternas styrkor, svagheter samt eventuella förbättringsområden. Uppföljningarna sker utifrån en mall som äldreförvaltningen tagit fram. Mallen styr vilka aspekter i verksamheten som ska granskas, så att uppföljningarna blir jämförbara över hela staden.

Privata utförare i stadsdelen följs upp på uppdrag av äldrenämnden som är ytterst ansvarig för verksamheterna. Ärendet är då enbart för kännedom för stadsdelsnämnden. För verksamheter i egen regi samt de som drivs på entreprenad, är det stadsdelsnämnden som är ytterst ansvarig. Resultatet av alla uppföljningar rapporteras till äldrenämnden och sammanställs i en rapport till kommunfullmäktige vartannat år. Verksamhetsuppföljningarna publiceras även på "jämför service" på Stockholms stads hemsida.

Förvaltningen genomförde en uppföljning av Smedsbygården den 19 september 2017. Boendet drivs i enskild regi. Från utföraren deltog enhetschef, kvalitetschef samt sjuksköterskor. Uppföljningen genomfördes i form av intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation. Smedsbygården är beläget i Åkersberga och har sammanlagt 56 lägenheter varav 8 är profilplatser. Målgruppen är personer med demenssjukdom samt profilinriktning. För närvarande bor 26 personer från Stockholms Stad på Smedsbygården.

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Förvaltningen föreslår att stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.

Verksamhetsuppföljning Smedsbygården 2017



Stockholms
stad

Vård- och omsorgsboende: Smedsbygården - Demens

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hässelby-Vällingby*

Verksamhetschef/enhetschef:

Åsa Göthlin

Adress:

Solskiftesvägen 5-7, 184 33 Åkersberga

Telefon:

08-544 105 50

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

☐ Entreprenad

Inriktning:

☐ Somatisk

☒ Demens

☐ Korttidsvård

☐ Profilboende

Tillstånd från IVO:

- ☒ Tillståndet överensstämmer med faktiska förhållanden (avser privat regi)
- ☐ Tillståndet överensstämmer **inte** med faktiska förhållanden (avser privat regi)
- ☐ Verksamheten bedrivs i kommunal regi eller av entreprenör (inget tillstånd krävs)

Antal lägenheter totalt:

56

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	3
Enskede-Årsta-Vantör	1
Farsta	2
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	2
Kungsholmen	1
Norrmalm	4
Rinkeby-Kista	1
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	1
Södermalm	3
Älvsjö	
Östermalm	9
Socialförvaltningen	

Metod för uppföljningen:

Observationer samt samtal med personal och boende vid rundvandring på vård - och omsorgsboendet. Intervju med ledning och personal.

Granskning av utförarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, inklusive rutiner och övriga dokument inom social omsorg och hälso- och sjukvård.

Uppföljningen utförd av:

Muriel Barrientos verksamhetscontroller
Kirsti Arama medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS

Datum för uppföljningen:

Tisdagen den 19 september 2017

Från utföraren medverkade:

Åsa Götlin enhetschef, Caroline Wållgren kvalitetsutvecklare, Mikaela Berggren ssk, Målin Göte ssk

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Återkoppling föregående års uppföljning:

Kvarstående avvikelser/brister från föregående års uppföljning:

Ekonomi och administration:

- ☒ Avvikelseberapporteringen inklusive underlag för räkning till kund är tillfredsställande
- ☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Gällande avvikelserapportering till biståndshandläggare finner verksamheten att det är svårt att få tag på biståndshandläggare. Önskemål om en central handläggare från Stockholm stad finns. Verksamheten rapporterar inte i paraplyet och har boenden från ett flertal stadsdelar i Stockholm stad.

Verksamhetschef:

☒ Namngiven verksamhetschef överensstämmer med aktuellt tillstånd (avser endast verksamhet i privat regi)

☒ Verksamhetschef enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen är utsedd

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

☒ Dennes förnamn

☐ Profession

Eventuella kommentarer avseende ledning och samtlig personal:

Verksamheten har valt att endast använda sig av namn med ett större typsnitt, detta för att underlätta för brukaren.

Hälso- och sjukvårdspersonal:

☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 § (motsvarande MAS)

☒ De enskilda boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska

**Antal sjuksköterskor dag/kväll omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):**

2,6

Antal sjuksköterskor natt omräknat till heltidsanställningar

(anges med två decimaler):

**Antal arbetsterapeuter omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):**

**Antal sjukgymnaster/fysioterapeuter omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):**

Tillgång finns till sjuksköterska under vardagar med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:

	Dag	Kväll	Natt
Sjuksköterska på plats	☒	☐	☐
Mobilt team	☐	☒	☒

Tillgång finns till sjuksköterska under helger med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:

	Dag	Kväll	Natt
Sjuksköterska på plats	☐	☐	☐
Mobilt team	☒	☒	☒

Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdspersonal:

Verksamheten har ett eget sjukskötersketeam som är i beredskap. Teamet ansvarar för bemanningen kvällar, nätter och helger. Arbetsterapeut anlitas som konsult vid behov.

Antal omvårdnadspersonal dag/kväll på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

Antal omvårdnadspersonal natt på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

Andel timanställd omvårdnadspersonal, enligt utföraren, angivet i procent (inga decimaler):

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform) enligt utföraren:

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☒ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 70 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 60 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Under 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Rutiner/dokument avseende personal finns för:

- ☒ Introduktion av nyanställd personal
- ☒ Tystnadsplikt
- ☒ Gemensam plan för kompetensutveckling

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

Personal får vid introduktionen ett tydligt och strukturerat introduktionshäfte som är anpassat till det dagliga arbetet.

Samverkan:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	☒	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende samverkan:

Verksamheten har infört ett internt obligatoriskt förbättringsarbete 4 ggr per år. Vidare har verksamheten kontinuerliga samverkansmöten med externa samverkanspartners.

Risikanalys:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för riskanalys finns	☒	☐	☐
Risikanalys är genomförd enligt rutin	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende riskanalys:**Avvikelsehantering:**

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för avvikelsehantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av missförhållanden (Lex Sarah) finns	☒	☐	☐
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av vårdskada (Lex Maria) finns	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:

Verksamheten uppmuntrar personalen att skriva avvikelser, avvikelserapport med tillhörande analys görs kontinuerligt för vidare åtgärder.

Egenkontroll:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för egenkontroll finns	☒	☐	☐
Egenkontroller är genomförda enligt rutin	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:**Rutiner/dokument finns för:**

	Finns	Finns delvis	Saknas
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐

Hantering av nycklar/motsvarande	☒	☐	☐
Erbjudande om daglig utevistelse	☒	☐	☐
Erbjudande om dagliga aktiviteter	☒	☐	☐
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☒	☐	☐
Tvärprofessionella teammöten	☒	☐	☐
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☒	☐	☐
Uppsökande verksamhet vid munhälsobedömning samt nödvändig tandvård	☒	☐	☐
Medicinsk fotvård	☒	☐	☐
Medicintekniska produkter i enlighet med SOSFS 2008:1	☒	☐	☐
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2015:10	☒	☐	☐
Arbete enligt gällande handlingsprogram för smittsamma infektioner och sjukdomar	☒	☐	☐
Läkemedelshantering i enlighet med SOSFS 2000:1	☒	☐	☐
Vård i livets slutskede i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende rutiner och dokument:

Processer och förankring:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Verksamhetens huvudprocesser är identifierade	☒	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

I rutinerna framkommer det tydligt var man hittar rutinen i ledningssystemet. Verksamheten har utöver dagliga samt veckomöten förbättringsmöten fyra gånger per år. På förbättringsmötena är personalen med och föreslår förbättringar. För närvarande ser de över hur de kan förenkla rutinparmen.

Beskrivning av kvalitetsarbete:

- ☒ Aktuell Patientsäkerhetsberättelse finns
- ☒ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)
- ☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsarbete:

Verksamheten har ett välfungerande ledningssystem som de använder för att vidareutveckla verksamheten.

Nationella kvalitetsregister:

- ☒ Enheten registerar i Senior alert
- ☒ Enheten registerar i Svenska palliativregistret
- ☒ Enheten tillämpar det arbetssätt som anges i BPSD (Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:**Social dokumentation:**

	Finns	Finns delvis	Saknas
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav enligt egenkontrollen	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende social dokumentation:

Verksamheten använder sig av vecko/månadssammanfattningar som signeras av enhetschefen. Egenkontroll görs kontinuerligt i samband med sammanfattningarna.

Hälsö- och sjukvårdsdokumentation:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Hälsö- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller ställda krav enligt egenkontrollen	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende hälsö- och sjukvårdsdokumentation:**Dokumentationsförvaring:**

- ☒ Personakt/journal förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till den

samt att originalhandlingar skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp

Eventuella kommentarer avseende dokumentationsförvaring:

De enskilda boende får vid inflyttningen:

☒ Muntlig information

☒ Skriftlig information

Stimulans:

☒ Utevistelse erbjuds dagligen

☒ Gemensamma aktiviteter erbjuds dagligen

☒ Individuella aktiviteter erbjuds

Mat och måltider:

☒ Måltiderna är jämnt fördelade över dygnets vakna timmar, med tre måltider (frukost, lunch och middag) samt tre mellanmål. Nattfastan överstiger inte 11 timmar

☒ Nattfastan överstiger inte 11 timmar

☒ Mat och måltider är anpassade efter individuella behov och önskemål

Lokaler och utrustning:

☒ Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, utrustning för behandling och sjukgymnastik och övrig utrustning samt arbetsredskap, hjälpmedel, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet

☒ Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom tvätt - och städartiklar, glödlampor, toalettpapper, engångsmaterial

☒ Lägenheter/rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls

☒ De enskilda boende har namnskylt på dörren till bostaden

Eventuella kommentarer avseende boende och service:

verksamheten för statistik över utevistelser och måltider med hjälp av en dagsplan och tillhörande utvärdering. Gällande nattfasta tar verksamheten hjälp av läkare och anhöriga om problematik skulle uppstå.

